

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/24252638>

["Coping... and the person with chronic pain"]

Article in *Servir* (Lisbon, Portugal) · May 2008

Source: PubMed

CITATIONS

0

READS

166

2 authors, including:



Ana Leonor Alves Ribeiro

Escola Superior de Enfermagem do Porto

50 PUBLICATIONS 55 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



AEOP - Grupo DOR [View project](#)



Nursing Clinical Reasoning Education - 3D Simulation [View project](#)

“Coping ... e a pessoa com dor crónica”

Ribeiro, Ana Leonor

Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto
ana@esenf.pt

Santos, Célia

Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto
celiasantos@esenf.pt

Palavras-chave: Dor crónica; Estratégias de *Coping*; Processo de cuidados

keywords: Chronic Pain; Coping Strategies; Care process

Resumo

Neste artigo procura-se abordar aspectos relacionados com o processo de *coping* da pessoa com dor crónica. A presença de dor tem implicações no desempenho das actividades de vida diária, tais como comer, beber, dormir ou cuidar-se. A dor pode desencadear respostas na pessoa, nomeadamente depressão, ansiedade, isolamento, medo da dor e pensamentos pessimistas. Assim, constata-se que no seu processo de adaptação à condição de dor crónica, a pessoa precisa de integrar algumas estratégias para poder gerir as actividades do seu dia-a-dia.

Ao longo deste artigo procura-se sistematizar o processo através do qual os enfermeiros, tomando por referência o modelo de processamento de stress e *coping* de Lazarus e Folkman (1984), podem sistematizar os cuidados a prestar. Efectivamente, os enfermeiros procuram ajudar as pessoas na identificação, tanto dos seus recursos pessoais, como dos recursos sócio-ecológicos. O sentido do processo de cuidados tem como meta a melhoria da qualidade de vida, através do controlo da dor e a adaptação da pessoa à sua condição de saúde, através do desenvolvimento dos seus conhecimentos e capacidades para usar os recursos, tanto pessoais como instrumentais ou sociais.

Abstract

We intend to present some aspects related with the coping process in person with chronic pain. The presence of pain has implications in daily life activities, such as eating, drink, sleep or take care. Pain can unchain responses in the person, namely depression, anxiety, isolation, fear of pain and pessimistic thoughts. Like this, it is verified that in his/her adaptation process to the condition of chronic pain the person needs integrate some strategies to manage his/her day by day activities.

Along this article we try to systematize the process for which nurses taking for reference Lazarus e Folkman's Model: Stress processing and Coping, can systematize the care given. In fact, nurses try to help people in the identification of their personal resources as well as the socio-ecological resources. The sense of care process has as goal the improvement of quality of life through pain control and person's adaptation of his/her condition of health, through development of heir knowledge and capacities to use the resources, so much personal as instrumental or social.

Introdução

A dor é um elemento associado à natureza humana. Todos, em algum momento da vida, sentiram dor. Ao longo dos tempos a dor tem desencadeado os cuidados dos outros, já que a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde.

Hoje em dia, a preocupação com a dor que as pessoas sentem mantém-se. Mais ainda, existem mais indivíduos com dor. Os avanços da tecnologia e dos cuidados de saúde, entre outros factores, têm aumentado a esperança de vida e a sobrevivência de pessoas com doenças crónicas. Tal circunstância acarreta um exponencial aumento na incidência e prevalência de situações desencadeadoras de dor. Na revisão sistemática de 13 estudos desenvolvida por Ospina e Harstall (2002), constatou-se que a prevalência de dor crónica variava entre 10.1% a 55.2%.¹

No estudo epidemiológico desenvolvido, em 2004, por Rabiais; Nogueira e Falcão² cuja finalidade foi conhecer a frequência, a distribuição e algumas consequências da dor, na população portuguesa, recorrendo a entrevistas telefónicas, destaca-se o facto de que 73,7% dos inquiridos manifestaram ocorrência de dor, nos últimos 7 dias anteriores à entrevista. Verificou-se, também, que 49,6% dos indivíduos manifestaram ter sentido mais do que um tipo de dor. Os tipos de dor mais referidos foram dores lombares (51,3%), dores nos ossos e articulações (45,2%) e dores de cabeça (34,7%).

Em Portugal, está em desenvolvimento o primeiro estudo nacional sobre a incidência da dor crónica*. Teve início a 14 de Junho de 2005, e deverá decorrer durante dois anos. Com este estudo procura-se avaliar o impacto económico e nos serviços de saúde, avaliar as opções terapêuticas utilizadas na dor crónica e as barreiras para o seu tratamento. Pretende-se, também, avaliar as atitudes e experiências individuais em relação à dor, tanto do doente, como dos seus familiares, amigos, colegas. As entrevistas telefónicas e presenciais têm constituído o método de recolha de dados utilizado.

Os resultados dos inúmeros estudos que têm vindo a ser desenvolvidos evidenciam efeitos adversos da dor crónica na saúde das pessoas. Efectivamente, a dor crónica não tem qualquer consequência benéfica ao contrário do que acontece com a dor aguda, que pode constituir um sintoma de alerta do organismo. Por seu turno, a dor crónica pode conduzir a alterações marcadas do organismo, como por exemplo, diminuição da resistência a infecções, perda de apetite, insónia, depressão. Em casos extremos

* Estudo a ser realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, coordenado por José Castro Lopes, em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), Grünenthal e Janssen- Cilag.

pode conduzir ao suicídio. Em muitos casos, a dor crónica mantém-se também para além da cura aparente da lesão que lhe deu origem, tornando-se assim no principal, senão o único, problema do doente.

Talvez por isso, o número significativo de pessoas com dor tem despoletado diversas respostas por parte da sociedade. Efectivamente, a Associação Internacional para o Estudo da Dor - IASP* (2003)³ refere que os custos e o consumo de cuidados de saúde associados à dor crónica tem vindo a crescer exponencialmente. Por isso, o controlo das situações de dor crónica tem sido considerado algo prioritário. Acresce ainda o facto das pessoas necessitarem, e procurarem, manter-se activas e socialmente úteis.

O aumento do número de pessoas com dor crónica e da sobrevivência com esta condição de saúde obriga a que cada um procure encontrar as melhores estratégias para lidar com a situação. Aliás, diversas entidades, de saúde e não só, têm procurado oferecer respostas face às necessidades em cuidados identificados.

Os enfermeiros não são disso excepção. Estes, têm, antes pelo contrário, procurado profissionalizar os aspectos relacionados com a necessidade de seleccionar e utilizar estratégias de *coping* face à dor crónica. Assim, devido ao seu contexto de trabalho privilegiado – de proximidade – os enfermeiros avaliam a dor e a capacidade de adaptação face à dor crónica, identificam a necessidade em cuidados e planeiam as intervenções, em parceria[®] com a pessoa e/ou família (Figura 1).

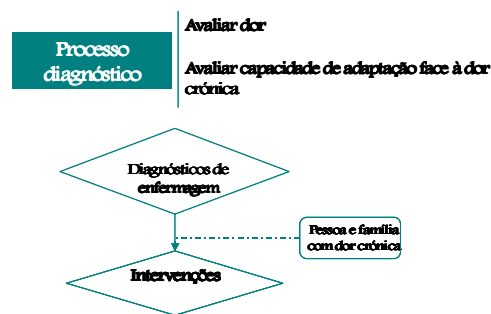


Figura 1. Processo de cuidados

Melhorar o controlo da dor através da promoção da aquisição de estratégias de *coping* é importante. Por isso, conhecer, o que a dor é, e como se avalia, e o *coping* e como se avalia a capacidade de adaptação face à dor crónica, assume-se como aspectos essenciais para o processo de cuidados.

A dor crónica é referida por vários autores como um fenómeno multidimensional.^{4,5} As suas diversas dimensões dificultam a sua definição. A este propósito, Metzger e col. (2002) referem que apesar de todas as pessoas terem inevitavelmente ocasião de

* IASP – International Association for Study of Pain

® Partilha de um objectivo comum

serem confrontadas com a dor, nem todas a sentem, a suportam e se referem a ela da mesma maneira.

No entanto, a clarificação do que a “dor é” é uma tarefa incontornável dado que o que não se consegue caracterizar não se consegue identificar. Assim, em resposta a este desiderato, diversos autores têm procurado definir **dor crónica**.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com uma lesão actual ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tal lesão (2003).

O Plano Nacional Luta contra a Dor refere-se à dor crónica como uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos.⁶

O Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN)* define dor como aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite. Quando ocorre durante um longo período de tempo é definida como crónica (ICN, 2006).⁷

A Associação Norte-Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)[®] define dor crónica como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tecidular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (IASP); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e duração de mais de seis meses (2005).⁸

As diversas definições de dor têm contribuído para ilustrar o que alguns autores têm designado de dor total. Efectivamente, as pessoas expressam, manifestam e reagem à dor de diferentes modos. A apreciação da dor deve, então, permitir revelar as versões da dor naquela pessoa (Figura 2).

* ICN – International Council of Nurses

® NANDA –North American Nursing Diagnosis Association



Figura 2. As dimensões da dor.

Avaliar a dor que a pessoa sente emerge como uma intervenção que deve caracterizar-se pelo rigor. Identificar os sinais e sintomas e compreender o significado da dor são essenciais para a decisão sobre as melhores estratégias para o controlo da dor. Efectivamente, as diversas faces da dor tornam-na difícil de qualificar ou quantificar, de modo satisfatório. As expectativas, as experiências anteriores, a condição de saúde actual, o suporte social, o sentido da vida, a capacidade para se autocontrolar, os recursos financeiros e da comunidade influenciam a percepção da dor e a capacidade para a controlar. Talvez por isso a *International Association for the Study of Pain* (IASP), em 1993, tenha divulgado a ideia: *assess the person, not just the pain*.⁹ Esta noção é, também, partilhada pela Ordem dos Enfermeiros quando refere, nos Enunciados Descritivos, que a apreciação que a pessoa faz do seu estado de saúde pode ser diversa da apreciação efectuada por outrem¹⁰, isto é, possuir contornos distintos do padrão esperado: a dor é o que a pessoa diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe.

Para sistematizar a avaliação da dor poderemos tomar por referência alguns instrumentos – guias de orientação de avaliação da dor - concebidos para o efeito.

Existem instrumentos que procuram caracterizar a dor quanto à sua intensidade – Escala de avaliação numérica (EAN), a Escala visual analógica (EVA), a Escala de faces (EF), ou ainda a Escala descritiva simples/ escala verbal simples (EVS). Estas escalas são recomendadas na Norma da Direcção Geral de Saúde (DGS): A dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da dor (2003)¹¹ para a avaliação sistemática da dor.

Existem ainda, outros instrumentos que procuram caracterizar a dor nas suas múltiplas dimensões – multidimensionais. O Brief Pain Inventory, o Questionário de

dor de McGill^{*,12} e os Diários de dor constituem exemplos deste tipo de instrumentos. Existem ainda alguns instrumentos que avaliam o impacto da dor a nível comportamental. São exemplos a DOLOPLUS[†], EDIN¹³, NIPS, CRIES, PIPP, NFCS, DAN e OPS^{□,14,15,16,17}. A mais valia deste tipo de instrumentos está relacionada com a capacidade de, a partir da observação de alguns comportamentos, apreciar a dor em grupos específicos - nomeadamente idosos e crianças – que apresentam dificuldades em expressar a sua dor.¹⁸

O recurso a estes instrumentos facilita a compreensão da dor para além da sua intensidade (ligeira, insuportável, etc.). Caracterizar a dor implica identificar o seu efeito na pessoa: como se manifesta (verbalização da dor, expressões faciais de dor, comportamentos de protecção, etc.), como é descrita por palavras (latejante, em facada, ardor, etc.) as características em termos de duração e frequência (contínua, periódica, intermitente, associada a determinado estímulo).

A dor crónica pode desencadear diferentes consequências em distintas pessoas.¹⁹ Efectivamente, o efeito da dor, ao longo do tempo, na vida das pessoas pode ser entendida por muitos como “um luto antecipado”. Esta percepção é, frequentemente, justificada pela incapacidade de controlar a dor e de a integrar na sua vida quotidiana. A dificuldade, ou, por vezes a impossibilidade, de manter as actividades de vida diária é uma constante. Actividades como vestir-se, apertar botões, dormir, conseguir comer e ter vontade de comer, tomar banho, tornam-se obstáculos a ultrapassar. As interacções com os outros provocam ambivalência. Por um lado, a pessoa com dor foge do contacto porque conviver com os outros pode representar um consumo de energia enorme e, por outro, algumas pessoas são essenciais no seu dia-a-dia para o cumprimento das actividades de vida diária. Por isso, se compreende que as pessoas com dor crónica possuam níveis altos de ansiedade e medo, depressão, isolamento social. A procura de um significado para a dor pode levar a que a pessoa se interroge “por quê eu?”, “o que terei feito para merecer tanto sofrimento?”. As respostas a estas questões obrigam, muitas vezes, a uma reavaliação das suas próprias crenças religiosas e/ou espirituais.

No entanto nem sempre é assim. Há pessoas que “venceram” a sua dor. Apesar da dor que sentem, algumas pessoas, procuram que sejam elas a dominar a dor e não o contrário. A capacidade de lidar com a dor e ajustar a vida à nova condição, tem sido entendida como controlo da dor (Figura 3).

^{*} No original McGill Pain Questionnaire (MPQ) – A adaptação portuguesa do Questionário de Melzack para a Dor foi apresentado na Revista Dor - APED, p.23-26. O McGill Pain Questionnaire Short Form (SF-MPQ) de Ronald Melzack - tradução para português de Martins de Correia L; Pais V; Tavares J; Mota-Cardoso R; Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

[†] Escala **DOLOPLUS** – traduzida e validada para a língua portuguesa por Hirondina Guarda (Fevereiro de 2006), no âmbito da tese de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa.

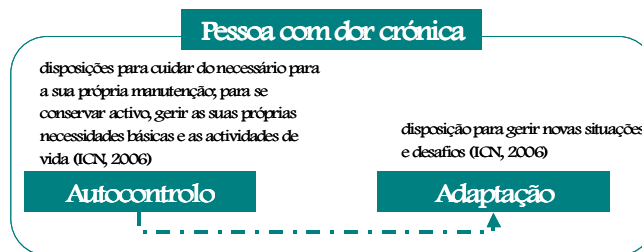


Figura 3. Do autocontrolo à adaptação.

Procurar o controlo da dor é o denominador comum entre os profissionais e a pessoa com dor. De facto, a consecução deste objectivo depende de ambos, pois constituem faces da mesma moeda. Por um lado, as características de cada pessoa são determinantes para as disposições para cuidar do necessário para gerir as suas necessidades básicas e as actividades de vida.⁷ Por outro, a existência de intervenções que os profissionais, em particular os enfermeiros, possam oferecer, e ajustar, a cada pessoa com dor pode constituir mais uma oportunidade para promover a saúde e bem-estar.

De acordo com a matriz conceptual e o mandato social dos enfermeiros, a saúde é um estado subjectivo que se reflecte pela representação mental sobre o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual.¹⁰ No exercício profissional, o enfermeiro entende cada pessoa como um ser social e agente intencional, cujas acções têm por base os seus valores, as suas crenças e os seus desejos.¹⁰ Assim, a relação interpessoal que o enfermeiro estabelece com o cliente dos seus cuidados terá por matriz estruturante o projecto de saúde da pessoa. Efectivamente, cada pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana, no seu projecto de vida.¹⁰

Cada pessoa, de acordo com o seu projecto de saúde, tende a procurar melhores níveis de saúde. Por isso, é esperado que os enfermeiros promovam os processos de adaptação da pessoa à condição de saúde, frequentemente através de processos de aprendizagem.¹⁰ Promover a disposição *para gerir novas situações e desafios*⁷ constitui um elemento essencial para o controlo da dor.

Os processos corporais não intencionais, como a dor, são influenciados pela condição psicológica, que por sua vez é influenciada pelo bem-estar e conforto físico.¹⁰ Assim, a necessidade de desenvolver e utilizar estratégias que ampliem o repertório de recursos internos para gerir o stresse, aumentar o sentimento de controlo, verbalizar aceitação da situação e aumentar o conforto psicológico⁷ – *coping* – assume-se como foco de atenção dos enfermeiros (Figura 4).

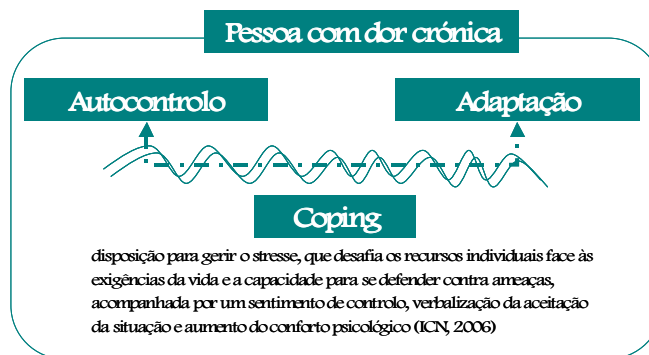
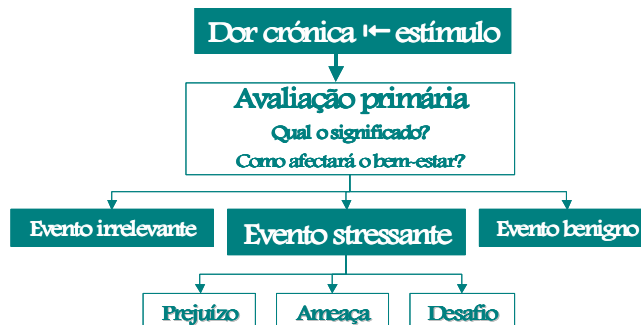


Figura 4. Do *coping* à adaptação.

Lazarus e Folkman (1984) definem *coping* como os esforços cognitivos e comportamentais usados para controlar as solicitações internas ou externas, avaliadas como excessivas em relação aos recursos do indivíduo. Tais esforços são dinâmicos e mutáveis, na procura constante de controlo - vencer, tolerar ou reduzir o stresse, tendo em vista minimizar os efeitos adversos.²⁰

A dor crónica constitui um estímulo capaz de desencadear a necessidade de esforços cognitivos e comportamentais para controlar os seus efeitos adversos. Frequentemente, tais esforços são percebidos como excessivos ou inadequados face aos recursos e à capacidade da pessoa para controlar a dor (Figura 5).



Adaptado do Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus e Folkman, 1984)

Figura 5. A dor crónica como estímulo stressante: avaliação primária.

A disposição para gerir o stresse é influenciada pela avaliação do efeito do estímulo – dor crónica – sobre as exigências na sua vida diária e capacidade de lhe dar resposta de acordo com a sua natureza individual. Esta primeira avaliação é designada por Lazarus e Folkman (1984) por *avaliação primária*. Assim, cada pessoa pode entender a sua dor como um evento irrelevante, stressante ou benigno. Efectivamente, há situações em que a capacidade de controlar a dor é adequada para manter as exigências da vida diária e por isso a dor pode ser entendida como um evento irrelevante. Noutras situações, a dor é considerada um sinal de alerta positivo – evento benigno (por exemplo, a dor por ferida de intensidade moderada ajuda a controlar os

movimentos corporais de modo a evitar complicações associadas à ferida). Há, no entanto, situações em que a dor, pela sua longa duração – percebida ou real –, é entendida como evento stressante, exigindo a adopção de estratégias de *coping*. As estratégias de *coping* reflectem acções, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um estímulo stressor (Folkman, 1986).²¹

Assim, o entendimento da dor como evento stressante pode desencadear diferentes percepções: desafio, prejuízo ou ameaça.²⁰ O modo como a pessoa encara o evento stressante condiciona a forma como vai lidar com aquele. Aliás, o mesmo estímulo pode ser entendido como desafio, como prejuízo e/ou como ameaça, dependendo do momento e dos recursos, internos ou externos, disponíveis (Figura 6).



Adaptado do Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus & Folkman, 1984)

Figura 6. A dor crónica como estímulo stressante: avaliação secundária.

A percepção que o estímulo desencadeia condiciona as respostas a adoptar e estas, por sua vez, são influenciadas pelos recursos pessoais e sócio-ecológicos de *coping*.^{20,22}

Os recursos pessoais de *coping* incluem variáveis físicas e psicológicas próprias de cada pessoa. Constituem exemplos destas variáveis a saúde física, os valores, as crenças, as experiências anteriores e a percepção de autocontrolo. Os recursos sócio-ecológicos de *coping* podem ser encontrados no ambiente – físico e/ou social – do indivíduo. Constituem exemplos o ambiente familiar e características da família, a relação conjugal, as redes de suporte – familiar e da comunidade, recursos financeiros.

A interacção entre estes elementos – percepção do estímulo, recursos pessoais e sócio-ecológicos – afecta a avaliação da situação e determina as estratégias de *coping* a usar. Assim, a pessoa com dor crónica questiona-se – *avaliação secundária* – sobre o que pode ser feito ou não, o que pode ser alterado, como fazê-lo e quais as possibilidades de sucesso. Ao longo deste processo, a pessoa avalia, ou é ajudada a avaliar, os recursos pessoais – saúde e energia, crenças, habilidades sociais, etc. – e os recursos

socio-ecológicos – suporte social, recursos materiais, etc. – para, com sucesso, enfrentar as solicitações requeridas pela presença de dor crónica. Do resultado desta avaliação decorre a selecção de estratégias de *coping* (Figura 7) específicas e ajustadas a cada pessoa.^{20,23}



Adaptado do Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus & Folkman, 1984)

Figura 7. A dor crónica como estímulo stressante: estratégias de *coping*.

As estratégias de *coping* correspondem, então, a acções intencionais que podem ser aprendidas e ajustadas à situação particular. Folkman e Lazarus (1980) realçam o facto de estas poderem variar, mesmo na mesma pessoa, em intensidade e ao longo do tempo.²⁴

As estratégias de *coping* podem ser organizadas em dois tipos: focadas na emoção e focadas no problema.^{24,23} As **estratégias de coping focalizadas na emoção** são definidas como o esforço para regular o estado emocional associado ao stress. A função destas estratégias é reduzir a sensação física e emocional desagradável.²⁵ Pimenta e Monteiro da Cruz (2004) acrescentam ainda que estas estratégias visam adequar a resposta emocional ao evento stressante, já que não é possível controlá-lo. São exemplos de estratégias que contribuem para o controlo emocional: a actividade física e de distração, como por exemplo, caminhar, ver um programa de televisão, executar trabalhos manuais.

As **estratégias de coping focalizadas no problema** constituem um esforço para actuar na situação stressante, tentando controlá-la. A função destas estratégias é re-equacionar a relação entre a pessoa e o ambiente que causa a tensão, procurando dar-lhe solução (por exemplo, encontrar alguém que a resolva) ou reformular o seu impacto.

Alguns autores têm vindo a apresentar outro tipo de estratégias de *coping*. Nos anos oitenta, do século passado, Billings e Moos (1981) classificavam as estratégias de *coping*, designando-as por métodos de *coping*, em três tipos: (1) os activos e cognitivos (referem o esforço intrapsíquico para gerir a avaliação stressante do evento, procurando controlar o sentido/significado da situação ou experiência); (2) os activos e comportamentais (referem o esforço observável para lidar com o problema causador de stress e seus efeitos); e (3) os de evitamento/distanciamento (esforço no sentido de evitar a confrontação com o problema, ou indirectamente, reduzir a tensão emocional substituindo comportamentos, tais como comer ou fazer exercício)²⁶. O'Brien e DeLongis, em 1996, a partir do estudo de Coyne e DeLongis (1986), procuraram compreender o papel da personalidade e dos factores situacionais na escolha das estratégias de *coping*.²⁵ A partir dos resultados deste estudo, apresentaram um terceiro tipo de estratégias de *coping* – estratégias focalizadas nas relações interpessoais. O recurso a estas estratégias envolve a procura de apoio nas pessoas do seu círculo social, para a resolução da situação stressante.²⁵

A escolha das estratégias de *coping* tem, então, por base as especificidades da pessoa e as características singulares de cada situação. Mais ainda, face à mesma situação podem ser usadas diferentes estratégias. Decorre daqui a noção de que a avaliação das capacidades da pessoa para lidar com estímulos stressores é um passo essencial para o processo de cuidados.

Identificar o perfil de respostas face a situações stressantes constitui a primeira etapa. Vários autores têm procurado desenvolver instrumentos que permitam definir o perfil de *coping*. Estes instrumentos podem ser usados para, numa primeira fase, caracterizar o perfil e, de acordo com os resultados, auxiliar na decisão pela estratégia mais apropriada face à pessoa e às características singulares da sua situação (Figura 8).

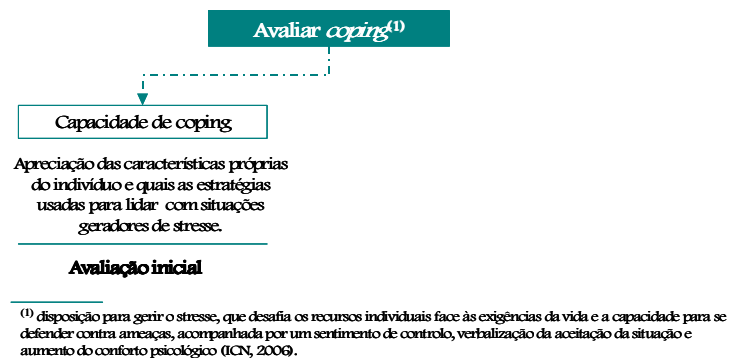


Figura 8. A avaliação do *coping*.

Os instrumentos de avaliação do *coping* podem valorizar diversos aspectos e utilizar distintas abordagens: traços *versus* estados, medidas específicas *versus* medidas gerais, entrevista *versus* autorelatos, avaliação retrospectiva *versus* actual (Cohen, 1987).²⁷ Todavia, Soriano e Monsalve (2005)²⁸, tomando por referência o modelo transaccional de Lazarus e Folkman (1984), sugerem que a utilização de instrumentos que permitam a avaliação intra-individual são os mais indicados já que se pretende avaliar o processo de *coping*. A avaliação do processo de *coping* permite a caracterização da capacidade da pessoa para lidar com as situações stressantes em momentos diferentes.

Avaliar o *coping* da pessoa com dor crónica implica a valorização de alguns elementos - dados relevantes para definir o perfil. Esta convicção levou alguns autores a desenvolver instrumentos que permitissem a avaliação sistemática do *coping*.

Folkman e Lazarus (1980), nos anos setenta do século XX, apresentou o *Ways of Coping Checklist* (WCC)*. Este questionário procura avaliar as estratégias de *coping* usadas, ou não, pela pessoa face a uma situação particular. A concepção deste instrumento teve por base a teoria defendida pelos autores que defendem que a maior parte das pessoas recorre a cerca de oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de stress. A saber: *coping* confrontativo, distanciamento, autocontrolo, procura de suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-evitamento, resolução planeada do problema e reavaliação positiva.²⁹

Vitaliano [e col.] (1985), tomando por base o *Ways of Coping Checklist*, apresentam uma versão reformulada. Esta versão foi desenvolvida a partir da sua aplicação em doentes com dor crónica, contemplando cinco tipos de estratégias de *coping*: *coping* centrado no problema, procura de suporte social, fuga-evitamento, autoculpabilização e pensamento desiderativo.²⁸

Ribeiro e Santos (2001), adaptaram a versão de Folkman e Lazarus (1988), designando-a de “Questionário de modos de lidar com os acontecimentos”†. Inicialmente foi usado como um instrumento de recolha de dados em estudos de investigação sobre os componentes e os determinantes do modo como os indivíduos lidam e gerem os acontecimentos (pensamentos e acções).²⁹

Brown e Nicasio (1987) apresentam a *Vanderbilt Pain Management Inventory* (VPMI) que avaliam a frequência com que as pessoas que sofrem de dor crónica, utilizam estratégias de *coping* activas ou passivas, quando a dor alcança uma intensidade

* Na literatura, este instrumento aparece também designado por Ways of Coping Questionnaire.

† Trata-se de um questionário de auto-preenchimento que, segundo os autores leva cerca de 10 minutos a responder. O questionário foi passado a uma amostra de 98 mulheres trabalhadoras. A versão encontrada depois da tradução e da discussão de consenso mostrou-se, relativamente às propriedades psicométricas, semelhante à original, impondo a retirada de dois itens da versão original, o item 8 e o item 12, ficando o questionário com 48 itens. A maioria dos investigadores refere que este questionário tende a ser dependente das características do respondente, da situação e da transacção.

moderada ou alta. As estratégias de *coping* activas (*coping* comportamental ou supressão de emoções negativas) são dirigidas ao controlo da dor ou a prosseguir apesar da dor. As estratégias de *coping* passivas (catastrofismo ou procura de suporte social) reflectem a transferência da responsabilidade pelo controlo da dor e permitem que a dor deteriore outras áreas da vida. Este instrumento é, mais tarde, adaptado para a língua espanhola por Esteve, López e Ramirez - *Escala Vanderbilt de Afrontamiento al Dolor*.³⁰

Eimer e Allen desenvolveram a *Pain Coping Inventory* (PCI). Este instrumento pretende medir aspectos associados à dor crónica, organizados em cinco dimensões. A saber: as qualidades físicas e temporais da dor (gravidade, labilidade, frequência e duração); o ajustamento psicológico ineficaz (catastrofismo, stresse e ansiedade; depressão; hostilidade; paranóia e alienação); a interferência comportamental (fuga ao movimento, distúrbio no sono, interferência na actividade); *coping* psicológico (auto-eficácia percebida, condicionamento mental, *self-talk* positivo, motivação psicológica, qualidade de vida); comportamento relacionado com a saúde (independência química; dieta e exercício)*. Jensen [e col.], em 1995, apresentam um novo instrumento, com uma designação semelhante ao *Pain Coping Inventory* (PCI), mas centrado na dor crónica - *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI). Este instrumento procura caracterizar a frequência do uso de algumas estratégias de *coping*, nomeadamente, protecção, descanso, acomodação, procura de assistência, relaxamento, persistência na tarefa, exercício, busca de suporte social e auto-afirmação. Mais recentemente, em 2003, Romano, Jensen e Turner apresentaram uma versão mais reduzida deste instrumento com 42 itens dos 65 iniciais mas com características similares à versão original.²⁸

Eimer e Allen, desenvolvem um outro instrumento - *Coping Style Profile* (CSP). Este questionário avalia as estratégias de *coping* preferidas pelas pessoa face aos problemas tais como a dor crónica. O CSP é uma extensão do modelo de Lazarus que pretende ser útil tanto na avaliação da dor crónica como na individualização das opções terapêuticas.

O *Pain Coping Inventory* e o *Coping Styles Profile* foram integrados no *Pain Assessment Battery* (PAB), desenvolvido por Eimer e Allen. Este conjunto de questionários constitui um instrumento de avaliação amplo, ainda que breve, para avaliar e documentar as implicações psicológicas e comportamentais de viver com dor. Para além destes dois questionários o PAB inclui ainda o *Stress Symptoms Checklist* e o *Pain Experience Scale*.

* Oliveira & Costa (2005) utilizaram este instrumento, traduzido para a língua portuguesa, denominado: Questionário de formas de lidar com a dor, no seu estudo.

Rosenstiel e Keefe (1983) desenvolvem o *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ) que avaliam o que as pessoas habitualmente fazem, pensam e sentem quando têm dor. As estratégias de *coping* apresentadas no questionário são: o desvio da atenção, a re-interpretação das sensações de dor, o *coping* auto-afirmativo, a capacidade de ignorar as sensações de dor, a oração/fé, o catastrofismo, o aumento da actividade física e intelectual. Posteriormente este questionário foi revisto passando a designar-se de CSQ-R (Riley e Robinson, 1997).²⁹ Neste modelo, avaliam-se a distração, o catastrofismo, a capacidade de ignorar a dor, o distanciamento da dor, o coping auto-afirmativo e a oração.^{28,30} O CSQ foi já traduzido e adaptado por Portnoi (1999)³¹ para a língua portuguesa (português do Brasil), com o nome de Questionário de Estratégias de Enfrentamento da Dor.

Soriano e Monsalve (2002) desenvolveram o *Cuestionario de Afrontamiento al Dolor* (CAD), dirigido à população espanhola. Este questionário avalia as estratégias de *coping*: religião, procura de suporte social emocional (catarse), distração, autocontrolo mental, auto-afirmação e procura de suporte social instrumental (procura de informação).³² Mais recentemente, este questionário foi revisto e reduzido (de 31 para 24 itens) – CAD-R, por Soriano e Monsalve (2004).³³ A versão CAD-R já foi traduzida para português – *Questionário de autocontrolo da dor* – por Vale Lima[□] e Albina Dias*, em 2006.

Por seu turno, Carver [e col.], em 1989, desenvolveram o *COPE Inventory*. O objectivo deste instrumento era avaliar estilos e estratégias de *coping*.³⁴ As respostas procuram caracterizar a acção – estratégias de *coping* – que as pessoas implementam para lidar com os problemas da vida e a sua frequência.³⁴ Ao longo do tempo, este questionário foi sendo revisto, pois representava uma sobrecarga de tempo para os respondentes. Como resultado emerge o *Brief COPE*.³⁴ As estratégias de *coping* que este instrumento apresenta são: *coping* activo, planear, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião, re-interpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, autodistração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias (medicamentos/álcool) e humor[®].

Os instrumentos acima referidos constituem exemplos de métodos para caracterizar o modo como cada pessoa lida com a dor crónica. Por isso, assumem importância quando procuramos definir o perfil de *coping*. De facto, avaliar a capacidade de

[□] Processo de investigação em curso no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – UCP.

* Processo de investigação em curso no âmbito do Curso de Mestrado em Psicologia da Saúde – CESPU – Norte.

[®] A estrutura factorial da versão Portuguesa do Brief COPE mostra características idênticas à escala original e confirma a distribuição de itens pelas escalas a que pertencem. Segundo Pais-Ribeiro & Santos (2004), a versão reduzida, pelo seu tamanho e pela variedade de estratégias de *coping* que apresenta é uma boa escala para ser utilizada em investigação em contexto de saúde.

coping constitui uma garantia para a escolha da(s) estratégia(s) de *coping* mais ajustadas.

Da reflexão realizada em torno dos instrumentos e dos seus propósitos, constatou-se que a sua grande maioria permite definir o perfil de *coping* pela frequência com que a estratégia é usada.

Assim, os enfermeiros, após avaliar o *coping* face à dor crónica, partem para a definição de intervenções, no sentido de promover a adopção de estratégias de *coping* que ajudem a pessoa a controlar e a gerir a sua dor. Efectivamente, os enfermeiros podem interferir positivamente na disposição para gerir melhor os estímulos stressores, como por exemplo a dor crónica. Ao longo do processo de cuidados, o enfermeiro pode ajudar a pessoa a desenvolver os seus recursos para lidar com os efeitos adversos da dor nas actividades de vida diária e defender-se de ameaças que essa situação possa desencadear.

De uma forma geral, as intervenções têm como finalidade reduzir a percepção da dor por estimulação do sistema nervoso. As actividades desenvolvidas procuram diminuir a quantidade de estímulos dolorosos transmitidos ao cérebro, ou seja “distrair” o sistema de controlo ascendente. A Teoria do *Gate Control* explica a eficácia desta “distracção”. As sensações dolorosas são conduzidas ao longo do trajecto dos nervos sensitivos para o cérebro mas apenas um número limitado de sensações ou mensagens pode ser transmitido em simultâneo ao longo deste percurso. Existem vários tipos de actividades que promovem a distracção: visuais (contar objectos; descobrir objectos, fotos, diapositivos); auditivas (música); tácteis cinestésicas.³⁵

Na Tabela 1 são apresentadas alguns exemplos de intervenções que o enfermeiro pode implementar, em função da avaliação das características específicas da pessoa e da sua circunstância.

Intervenções de enfermagem	Contributo para a promoção do <i>coping</i>
Ensinar técnicas de respiração	O controlo da respiração produz algum nível de relaxamento pois ao diminuir o ritmo respiratório promove-se a actividade parasimpática. ^{36,37,38}
Ensinar técnica de imaginação guiada	O princípio base da técnica de imaginação guiada assenta no uso intencional da mente para atingir o relaxamento e/ou desviar a atenção das sensações desagradáveis/indesejáveis. A experiência “imaginária” é guiada por alguém, uma voz modulada, a partir de uma imagem mental que a pessoa considere relaxante e que envolva o máximo de sentidos possível. ³⁹
Ensinar técnica de relaxamento	O relaxamento diminui a percepção de dor e a tensão muscular. A experiência subjectiva do relaxamento aponta para sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stress. ³⁶
Ensinar sobre musicoterapia	A audição de música ocupa os centros cerebrais diminuindo o processamento de parte dos estímulos dolorosos.
Ensinar: reestruturação cognitiva	A racionalização das sensações que a dor desencadeia tem como propósito gerar pensamentos mais adaptativos. Partindo da monitorização e avaliação dos pensamentos negativos procura-se que a pessoa atribua um novo significado à experiência da dor.

Tabela 1. Intervenções de enfermagem para a promoção do *coping*.

A eficácia das intervenções depende da capacidade da pessoa de receber e de criar o estímulo sensorial diferente da dor.⁴⁰ Por isso, avaliar se a(s) estratégia(s) de *coping* estão a produzir algum efeito é uma etapa incontornável (Figura 9).

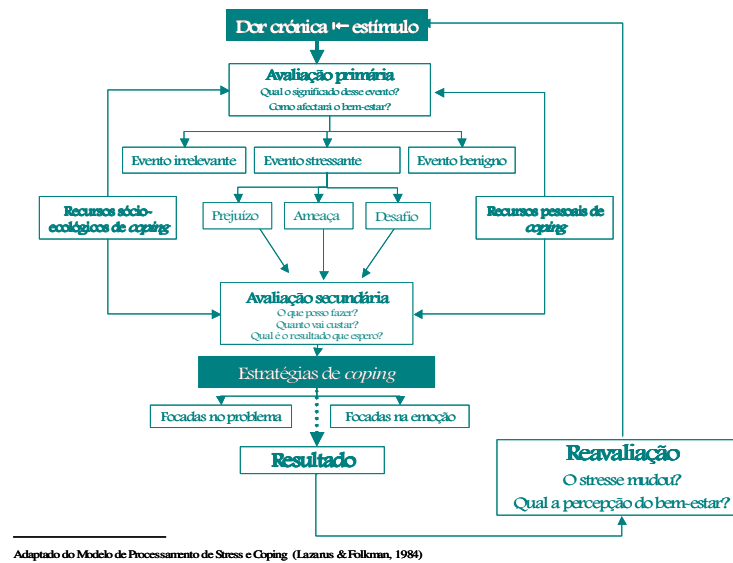


Figura 9. A dor crónica como estímulo stressante: reavaliação.

A avaliação – reavaliação – pode ser realizada tanto pela própria pessoa que as usa como pelo profissional. Efectivamente, a avaliação da eficácia da(s) estratégia(s) de *coping* utilizada(s) pelos indivíduos pode alterar-se com base na “nova” informação acerca da dor crónica e das reacções que esta pode desencadear²⁶ (Figura 10).

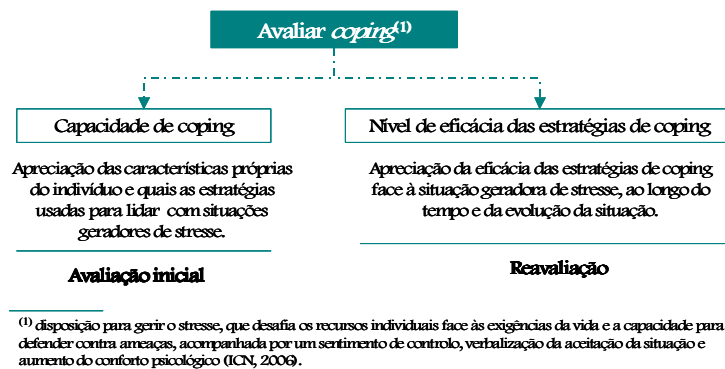


Figura 10. A avaliação do *coping*.

A avaliação constitui, então, o garante da reformulação das necessidades em cuidados e das intervenções (Pimenta e Monteiro da Cruz, 2005).⁴¹ Permite responder às questões: Será que houve alteração no *status* do diagnóstico de enfermagem de partida? Será que as estratégias de *coping* instruídas são as mais indicadas? Será que há maior controlo da dor? Será que os resultados obtidos são sobreponíveis aos resultados esperados?

A eficácia das estratégias de *coping*, quer sejam elas focalizadas no problema, quer sejam focalizadas na emoção, deve ser contextualizada em função de várias variáveis - a natureza do stressor, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do

esforço de *coping*.²⁵ Por isso, qualquer estratégia de *coping* não pode ser considerada como intrinsecamente boa ou má, adaptativa ou não adaptativa. Compas, já em 1987, afirmava que a eficácia das estratégias de *coping* é caracterizada por flexibilidade e mudança, pois uma estratégia não é eficaz para todos os tipos de stresse.²⁶

Alguns autores defendem ainda que avaliar a eficácia das estratégias de *coping* é difícil porque tanto as pessoas como as suas circunstâncias mudam.

Existem alguns instrumentos que procuram facilitar a avaliação do nível de eficácia das estratégias de coping utilizadas. São disso exemplo a Arthritis Self-Efficacy Scale (Lorig [et al.], 1989), o Pain Self-Efficacy Questionnaire, e a Chronic Pain Self-Efficacy Scale.⁴²

Um conceito comum em torno da avaliação do *coping* é o conceito de auto-eficácia. Auto-eficácia* é definida como a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um efeito desejável (Bandura, 1998)⁴³. Tem implicações para várias condições crónicas de saúde, nomeadamente a dor crónica, podendo afectar a resposta à doença e ao tratamento.⁴²

O *Pain Self-Efficacy Questionnaire* – PSEQ, foi desenvolvido por Nicholas em 1989. O seu propósito é caracterizar a crença da pessoa para realizar uma variedade de actividades, apesar da dor.

O *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* – CPSS (Anderson [e col.], 1995) é uma escala para medir a percepção de auto-eficácia e a capacidade para lidar com as consequências da dor crónica. Avalia três domínios: auto-eficácia para o controlo da dor (PSE), auto-eficácia para a função física (FSE) e auto-eficácia para controlo dos sintomas (CSE).⁴⁴

Salveti e Pimenta (2005) realizaram um estudo[®] com o objectivo de validar para a língua portuguesa (do Brasil) a *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* – Escala de auto-eficácia para dor crónica (AEDC).⁴²

A avaliação do *coping* constitui, então, uma importante etapa do processo de análise da adaptação à condição de dor crónica. Por isso, os enfermeiros têm procurado investigar e sistematizar os seus contributos para a promoção do *coping* das pessoas com dor crónica.

Avaliar os avanços, ou retrocessos, no processo de *coping* só é possível se tomarmos por referência alguns indicadores de resultado. Os indicadores de resultado de enfermagem são úteis para descrever estados específicos da pessoa, influenciados pelas intervenções de enfermagem. Indicador refere um estado, comportamento ou

* O conceito de auto-eficácia foi desenvolvido por Bandura (1977a) no contexto da Teoria da Aprendizagem Social.

® A amostra foi de 132 doentes com dor crónica não oncológica de etiologia variada. A validade da escala em língua portuguesa, foi confirmada pela análise factorial, que manteve os três domínios: auto-eficácia para o controlo da dor (PSE), auto-eficácia para a função física (FSE) e auto-eficácia para controle dos sintomas (CSE) e os 22 itens da escala original.

percepções observáveis ou avaliações relatadas pela pessoa, que variam e que podem ser mensurados e comparados com os dados iniciais, e ao longo do tempo.⁴⁵

Assim, os critérios de resultado que o enfermeiro, em parceria com a pessoa com dor, estabeleceram, podem ser comparados com os efeitos produzidos pelas intervenções de enfermagem. Dos estudos têm emergido alguns indicadores que facilitam, por um lado, a avaliação do nível de dor (gravidade da dor relatada ou demonstrada) e, por outro, dos objectivos conseguidos pela utilização de estratégias de *coping*.

A avaliação do **nível de dor** engloba aspectos como por exemplo a dor verbalizada, a percentagem de corpo afectado, duração dos episódios de dor, a expressão da dor, as alterações nos sinais vitais (Figura 11). Segundo Johnson, Maas e Moorhead (2004), estes aspectos podem ser apreciados tendo por referência 5 níveis de apreciação – de “grave” a “nenhum”.⁴⁵

Nível de dor				
1	2	3	4	5
Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum
Dor relatada Percentagem do corpo afectado Frequência da dor Duração dos episódios de dor Expressões verbais de dor Expressões faciais de dor Posições protectoras do corpo Inquietação Tensão muscular Alteração na frequência respiratória Alteração na frequência cardíaca Alteração na pressão arterial Alteração no tamanho pupilar Transpiração Perda do apetite				

Figura 11. Indicadores do nível de dor.

A avaliação do *coping* engloba aspectos como por exemplo a verbalização da sensação de controlo, verbalização da redução do stresse, aceitação da situação, procura de informações sobre o tratamento e uso do suporte social disponível (Figura 12).

Coping				
1	2	3	4	5
Nunca demonstra	raramente	às vezes	muitas vezes	demonstra consistentemente
Identifica padrões eficazes de <i>coping</i> Identifica padrões ineficazes de <i>coping</i> Verbaliza sensação de controlo Relata redução de stresse Verbaliza aceitação da situação Procura informações sobre a doença e o tratamento Modifica o modo de vida conforme a necessidade Adapta-se às mudanças de desenvolvimento Usa suporte social disponível Usa comportamentos para reduzir o stresse Identifica múltiplas estratégias de <i>coping</i> Usa estratégias eficazes de <i>coping</i> Evita situações excessivamente stressantes Verbaliza necessidade de ajuda Procura ajuda profissional quando adequado Relata diminuição nos sintomas físicos de stresse Relata diminuição de sentimentos negativos Relata aumento do conforto psicológico				

Figura 12. Indicadores do *coping*.

A avaliação do impacto das intervenções, na situação de dor crónica, pode ser realizada valorizando, ainda, outros dois aspectos: o **nível de conforto** e o **controlo da dor**. Para caracterizar o nível de conforto, ou seja, o quanto o paciente se sente física e psicologicamente à vontade, pode valorizar-se aspectos como por exemplo, verbalização da satisfação pelo controlo de sintomas e satisfação expressa com o nível de independência. A valorização de cada aspecto é especificado num *continuum* que varia de “grave” a “nenhum”.⁴⁵ Para caracterizar o controlo da dor - das acções desenvolvidas para controlar a dor -, pode valorizar-se aspectos como por exemplo reconhece o início da dor, o uso de medidas de alívio não analgésicas e o uso de sinais de alerta para procurar ajuda.⁴⁵ A apreciação de cada um dos aspectos pode oscilar de “nunca demonstra” a “demonstra consistentemente” (Figura 13).

Nível de conforto					Controlo da dor				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	Nunca demonstra	raramente	às vezes	muitas vezes	demonstra consistentemente/
Verbaliza bem-estar físico Verbaliza satisfação pelo controlo de sintomas Verbaliza bem-estar psicológico Satisfação expressa com os elementos físicos nas proximidades Satisfação expressa com as relações sociais Satisfação espiritual expressa Satisfação expressa com o nível de independência Satisfação expressa com o controlo da dor					Reconhece factores causais Reconhece o início da dor Usa medidas preventivas Usa medidas de alívio não-farmacológicas Usa analgésicos adequadamente Usa sinais de alerta para procurar ajuda Relata sintomas ao profissional de saúde Usa os recursos disponíveis Reconhece os sintomas da dor Usa um diário para a dor Relata o controlo da dor				

Figura 13. Indicadores do nível de conforto e controlo da dor.

A dor crónica, para além de produzir efeitos na pessoa que a possui, pode produzir, também, efeitos na família, nomeadamente: no desempenho de papéis, no suporte financeiro, nos processos familiares, etc. Por isso, os enfermeiros procuram incluir a família no processo de cuidados. Após a implementação das intervenções urge apreciar as acções da família para gerir os agentes stressores que sobrecarregam os recursos familiares – coping familiar – (Johnson [e col.], 2001; Johnson, Maas e Moorhead, 2004).^{45,46} Para tal podem tomar-se como referência alguns indicadores, nomeadamente a flexibilidade no desempenho dos papéis entre os seus membros, o estabelecimento de horário para as actividades, a gestão das rotinas familiares e o uso de suporte social (Figura 14).

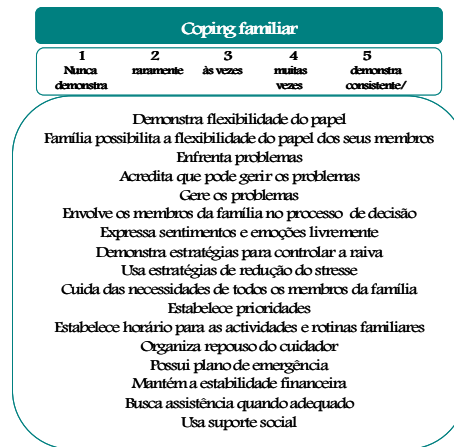


Figura 14. Indicadores do *coping* familiar.

A apreciação destes indicadores permitem ajuizar sobre o impacto das intervenções na capacidade de lidar com dor crónica.

A reformulação sistemática do processo de cuidados assume-se como a forma de garantir que a pessoa com dor crónica e a sua família conseguem obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Figura 15).

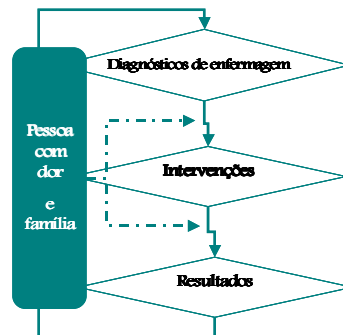


Figura 15. Processo de cuidados: diagnósticos, intervenções e resultados.

E porque a dor é de quem a tem, a pessoa que a vivencia é o elemento mais importante na avaliação da mesma. Assim, a pessoa com dor crónica e a sua família devem integrar a equipa de cuidados, no sentido de adequar as estratégias para obter os melhores resultados.

Notas finais

Ao longo deste artigo tentou-se reflectir sobre a importância da abordagem do *coping* na pessoa com dor crónica. Face às múltiplas dimensões da dor, verificamos a importância da avaliação da dor, apontando para um leque de instrumentos que ajudam na sua avaliação. E, porque a presença de dor crónica requer uma capacidade de adaptação face à dor por parte da pessoa que sofre, apontamos um conjunto de instrumentos que avaliam esta capacidade para lidar com esta situação crónica.

Um conceito interessante apresentado por Smith e Elliott (2006) diz respeito a uma espécie de óculos que todos temos (criados geralmente durante a infância) e que determinam a forma como vemos o mundo, encaramos os acontecimentos e nos relacionamos com quem nos rodeia. As lentes destes óculos não são todas iguais, pelo que algumas são límpidas e outras distorcidas, afectando a percepção que temos acerca de tudo, incluindo nós próprios. Tal como acontece com as lentes prescritas por um oftalmologista, cada uma se enquadra em determinada categoria. Assim se pode explicar que várias pessoas encarem o mesmo acontecimento de forma diferente.⁴⁷

A necessidade de desenvolver e utilizar estratégias que ampliem o repertório de recursos internos para gerir o stresse, ou seja as habilidades de *coping* da pessoa confrontada com a dor e sua família, assume-se como foco de atenção dos enfermeiros. Assim, os enfermeiros no processo de cuidados, devem diagnosticar, planear, intervir e avaliar os progressos efectuados ao longo deste processo.

Por fim, diríamos que a dor, também pode ser encarada como um desafio, não só para a pessoa que a sofre, mas também para o profissional de saúde, que urge enfrentar, lidar, controlar, gerir. Os profissionais de saúde devem assumir-se como recursos disponíveis ao serviço do cliente.

Referências bibliográficas

- 1 OSPINA, Maria; HARSTALL, Christa - Multidisciplinary pain programs for chronic pain: evidence from systematic reviews. HTA 30: Series A Health Technology Assessment. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. January 2003.
- 2 RABIAIS, Sara; NOGUEIRA, Paulo Jorge; FALCÃO, José Marinho (2004) – A dor na população portuguesa: Alguns aspectos epidemiológicos (2002). In Revista DOR. Vol 12, nº2, 2004.
- 3 IASP - How Prevalent Is Chronic Pain? in PAIN: Clinical Updates, Volume XI, No. 2 June 2003.
- 4 BLACK, Joyce; MATASSARIN-JACOBS, Esther – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma abordagem psicofisiológica. 4ªed. vol. I. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- 5 METZGER [e col.] – Cuidados de enfermagem e dor. Loures: Lusociência, 2002.
- 6 Portugal. DGS - Plano Nacional de Luta contra a Dor . Lisboa: DGS, 2001, p.6.
- 7 ICN – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.
- 8 NANDA – Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 9 IASP - Assess the person, not just the pain. PAIN: Clinical Updates, Volume I, Issue 3, September 1993.
- 10 ORDEM DOS ENFERMEIROS - PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. OE, Setembro de 2002.
- 11 DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor. Circular Normativa nº 09/DGCG DE 14/06/2003
- 12 APED - Dor nas Pessoas não verbais. Revista DOR. APED: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, Vol. 13, nº 4, 2005.
- 13 BATALHA, Luís; SANTOS, Almeida; GUIMARÃES, Hercília – “Avaliação da dor e desconforto no recém-nascido”. In Revista Acta Pediátrica Portuguesa, vol.34, nº3, 2003, p159-163.
- 14 BATALHA, Luis Cunha – “Os enfermeiros e a dor na criança: um contributo para avaliar saberes e práticas”. In Revista Dor, APED, vol 11, nº1, 2003, p.5-42.
- 15 BATALHA, Luís; SANTOS, Almeida; GUIMARÃES, Hercília – “Avaliação da dor aguda em crianças pré-verbais”. In Revista Arquimed, vol.18, nº5-6, 2004, p.275-286.
- 16 BATALHA, Luís; SANTOS, Almeida; GUIMARÃES, Hercília – “Avaliação da dor no período neonatal”. In Revista Acta Pediátrica Portuguesa, 2005, nº4, vol 36, p. 201-207.
- 17 BATALHA, Luís; SANTOS, Almeida; GUIMARÃES, Hercília – “Avaliação da dor na criança pré-verbal”. In Revista Saúde Infantil, 2003, p35-44.
- 18 BATALHA, Luis Cunha – “As dificuldades na quantificação exacta da dor”. In Revista Servir, vol 53, 2005, p.166-174.
- 19 Importance of Controlling Cancer Pain in Adults in <http://www.indiacancer.org/prof/impcon.html> em 10 Maio 2005.
- 20 LAZARUS; FOLKMAN- Stress, appraisal and coping. Nueva York: Springer, 1984.
- 21 FOLKMAN, S., LAZARUS, R. S., GRUEN, R. J., & DeLONGIS, A. - Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 1986, p.. 571–579.
- 22 BERESFORD, B. A. - Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35, 1994, p.171-209.
- 23 PIMENTA, Cíbele Andrucioli de Mattos; MONTEIRO DA CRUZ, Diná de Almeida Lopes - “Coping” no Doente com Dor Crónica. Revista Prática Hospitalar. Ano VI, nº 35, Set-Out 2004.
- 24 FOLKMAN, S., & LAZARUS, R. S. - An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 1980, 219-239.
- 25 ANTONIAZZI; Adriane Scmazzon; DELL’AGLIO; Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise Ruschel - O conceito de coping: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia 2000, 5(1), 287-312.
- 26 RANKIN, Margaret Ann – The effect of chonic pain on reading comprehension. IOWA: University of Iowa, 1990, 45. Tesis submitted for the Doctor of Philosophy degree in Education in the Graduate College of The University of Iowa.
- 27 COHEN, F. Measurement of coping. In A. Monat & Lazarus (Eds).Stress and Coping, p.228-244. New York: Columbia University Press.
- 28 SORIANO, J. ; MONSALVE, M. – “El afrontamiento del dolor crónico”. In Boletín de Psicología, nº 84, Julho 2005, 94.
- 29 PAIS-RIBEIRO, José; SANTOS, Carla – “Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto português”. In Análise Psicológica, 2001, 4 (XIX): 491-502.
- 30 MAESTRE, Carmen Ramirez; ZARAZAGA, Rosa Esteve; MARTÍNEZ, Alicia Eva López – Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. In Anales de Psicología, 2001, vol. 17, nº1 (junho), p. 129-137.

-
- 31 PORTNOI, AG. – Dor, Stress e Coping: Grupos Operativos em Doentes com Síndrome de Fibromialgia. São Paulo, 1999, 256 p. Tese Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- 32 SORIANO J, MONSALVE V. - Validation of the reduced chronic pain coping questionnaire (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 407-414.
- 33 MONSALVE V, SORIANO J. CAD-R: Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido. Una propuesta jerárquica del afrontamiento ante el dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2004.
- 34 PAIS-RIBEIRO, J. L.; RODRIGUES, AP. – “Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do BRIEF COPE”. In *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2004, 5(1), 7.
- 35 CARPENTO, Lynda J. – “Diagnóstico de Enfermeria”. 5ª ed. Madrid: interamericana. McGraw-Hill, 1997, p. 256.
- 36 PAYNE, Rosemary – Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.
- 37 CARPENTO, L. J. – “Diagnóstico de Enfermeria – Aplicación a la práctica clínica”. 3ª edición. Madrid: Interamericana, 1990.
- 38 McCAFFERY, Margo; BEEBE, Alexandra - “Dolor: Manual clínico para la práctica de enfermería”. Barcelona: Salvat Editores, 1992.
- 39 McCLOSKEY; BULECHEK – “Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)”. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- 40 SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda – Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 41 PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; MONTEIRO DA CRUZ, Diná de Almeida Lopes - “Coping” no Doente com Dor Crônica. *Revista Prática Hospitalar*. Ano VI, nº 35, Set-Out 2004.
- 42 SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C.ª M. – “Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua Portuguesa”. In *Revista Psiquiatria Clínica* 32 (4); 202-210, 2005, p. 202-210.
- 43 BANDURA, A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press, 1994. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998.
- 44 ANDERSON, K.O.; DOWDS, B.N.; PELLETZ, R.E.; EDWARDS, W.T.; PEETERSASDOURIAN, C. - Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain* 63:77-84, 1995.
- 45 JOHNSON; MAAS; MOORHEAD – “Classificação dos Resultados em Enfermagem(NOC)”. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- 46 JOHNSON; BULECHEK, DOCHTERMAN; MAAS; MOORHEAD – “Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions: NANDA, NOC, and NIC Linkages”. USA: Mosby, 2001.
- 47 SMITH, Laura L.; ELLIOTT, Charles H. – “Depression for Dummies”, 2006. Disponível em www.amazon.co.uk